Rueda (E. M)

FACULTAD DE MEDICINA DE PUEBLA.

TESIS

para el examen profesional de Medicina
y Cirujía

DE

ENRIQUE M. RUEDA,

ALUMNO

de la Escuela de Medicina y de Farmacia del Estado.

ALGUNAS OBSERVACIONES DE LA INFLUENCIA DE LA SIFILIS SOBRE LOS TRAUMATISMOS.

PUEBLA.-1886.

IMPRENTA DE M. CORONA,
calle de Cholula número 2.

Sr. Francisco Mascarud.

Pages 1-2 missing

AL SR. LIC.

D. Joaquin M.ª de Uriarte.

GRATITUD.

A MIS RESPETABLES MAESTROS

los Sres. Doctores

Carlos Orozco

y

Leonardo Cardona.

La influencia de los estados morbosos generales sobre los traumatismos es un objeto de estudio en nuestros días. Ya aparecen los primeros bosquejos de un trabajo tan interesante. Es de desear que progresen los conocimientos en este sentido, que se lleguen á establecer cuanto antes las conclusiones que de él resulten; que entonces los cirujanos al intentar una operación cualquiera, apreciarán de la manera más exacta sus indicaciones y contraindicaciones, la mayor ó menor probabilidad de éxito ó fracaso, realizando así uno de los adelantos más positivos y benéficos, cual será, el de pronosticar, casi matemáticamente, el resultado de las intervenciones quirúrgicas. Este será, entre otros, uno de sus más importantes resultados, así como el de poder establecer el tratamiento más seguro y racional en las lesiones traumáticas influenciadas por las diátesis y estados morbosos generales.

Veamos, en resumen, lo que hasta el día se ha estudiado de la influencia de los estados generales sobre los traumatismos.

Consideraciones generales.—Los estados generales pueden influenciar á los traumatismos: Primitivamente, favoreciendo la aparición de accidentes ó complicaciones, en el foco ó cerca de él, como la inflamación, la linfangitis, la erisipela, la hemorragia, la neuralgia, la alteración de la membrana granulosa. Secundariamente, modificando el trabajo reparador: ulceración de la cicatriz, reblandecimiento del callo; reemplazando una afección de duración determinada y calculable, como una herida simple, por otra crónica de que no se puede prever el tiempo de su duración. Tardíamente, fijándose en un punto interesado con anterioridad y vuelto el lugar de menor resistencia, para desarrollar allí una manifestación diatésica, más ó menos pertinaz.

No es uniforme el modo de obrar de las diátesis sobre los traumatismos durante su evolución completa, sino que presenta diversas faces ó períodos que Verneuil clasifica en tres.

1.er período discrásico. Ordinariamente el primero, pudiendo representar por sí solo el estado morboso, caracterizado esencialmente por la alteración de los humores.

2.° período. De lesiones periféricas apreciables para el químico y el anatomo-patologista; ligeras ó afectando órganos de importancia secundaria.

3.er período. De lesiones profundas ó viscerales, con deterioro pronunciado del organismo.

En el primer período, los diatésicos soportan las heridas casi tan bien como los individuos sanos; y si las manifestaciones de la enfermedad constitucional apa-

recen, son habitualmente poco graves y pasajeras, haciéndose el proceso reparador con regularidad.

En el segundo período, la repercusión sobre el traumatismo puede hacerse más grave, porque éste encuentra en los tejidos, sistemas ú órganos afectados, lugares de menor resistencia, preparados para manifestaciones diatésicas nuevas. Las anomalías del trabajo local, son tanto más de temer, cuanto que la discrasia es más pronunciada.

En el tercer período, los peligros aumentan mucho, porque el estado morboso se complica singularmente. La economía, minada por la enfermedad, ofrece muy pocos materiales para la evolución de todo el proceso, y éstos, dañados por la alteración de los humores.

Hasta aquí lo que se refiere á los estados morbosos generales y traumatismo, considerando el punto de una manera general. Veamos, también en resumen, su estudio particular.

Cáncer.—Aparentemente no produce modificaciones notables en las heridas; solo se citan los casos en que la diátesis se localiza sobre una contusión, fractura ó lesión semejante, en los cuales más bien parece que el traumatismo despierta la diátesis latente.

Escrofulosis.—La escrófula es una de las diátesis en que más clara se ve la influencia general sobre el proceso local, pues que le imprime completamente su marcha especial. Al principio la irritación traumática y la inflamación son moderadas, aun se puede obtener la reunión inmediata, y en caso de herida abierta, la membrana granulosa pronto queda constituida.

Pero después de este primer esfuerzo todo parece detenerse: la supuración se hace serosa, los botones carnosos palidecen reblandeciéndose, los bordes se despegan, y en fin, la herida toma el carácter de una úlcera específica. Si el traumatismo ha sido intersticial, hay la formación de abcesos denominados fríos, bien conocidos por su marcha lenta, con formación de fístulas, infiltraciones, detenimiento y alteración del pus, trayendo consigo la septisemia crónica y la alteración de las vísceras. Las reincidencias y recaidas son muy frecuentes. La escrófula tiene tanta influencia sobre el trabajo reparador, que imprime su tipo aun á las cicatrices que toda la vida quedan indelebles y características.

Tuberculosis.—En los diversos períodos de su evolución tiene influencia sobre los traumatismos desde su estado latente. En su período caquéctico se añade la acción de la demarcación del organismo.

Escorbuto.—Por la alteración de la sangre que produce y la desmenuzabilidad de las paredes vasculares, predispone sobre todo á las hemorragias por la menor violencia ejercida sobre los tejidos. Retarda el proceso reparador local, por la falta casi completa de trabajo neoplásico. Se ha observado el reblandecimiento del callo de una fractura que se habia solidificado hacía muchos años, por un ataque de escorbuto.

Leucocitemia.—Obra sobre los traumatismos aun ligeros, produciendo hemorragias incoercibles que pueden ocasionar la muerte.

Paludismo.—Hace nacer en el lugar herido diversas complicaciones, tales como hemorragias, neural-

gias, erisipela, espasmos y hasta el tétanos, complicaciones que ofrecen el tipo intermitente.

Alcoholismo.—La embriaguez simple accidental no tiene en general acción marcada sobre el proceso traumático, como no sea la modificación de ciertos fenómenos primitivos de las heridas, tales como el dolor, la contractura muscular, etc.

El alcoholismo crónico, aparte de la causa que podemos llamar psíquica y que predispone por los trastornos intelectuales y de los sentidos que engendra, á los traumatismos, modifica profundamente el trabajo reparador, entorpece la curación de las heridas accidentales ó quirúrgicas, y agrava mucho el pronóstico del traumatismo en general.

Hepatismo.—Las principales complicaciones observadas en el foco traumático de un enfermo hepático, son: las inflamaciones de mala naturaleza, el flegmón bronceado, erisipelatoso, difuso; la esfacela, la erisipela ambulante, hemorragias secundarias arteriales, venosas y capilares, frecuentes, graves y sin obedecer á la acción de los hemostáticos.

Nefrismo.—Una acción semejante á la del hepatismo sobre los traumatismos.

Cardismo.—Por el cambio de las condiciones estáticas y dinámicas de la circulación, modifica la composición química de la sangre, y altera, entre otros tejidos, el conectivo tan necesario para la cicatrización. Crea localmente y en todo el organismo condiciones desfavorables para la buena evolución del trabajo de cicatrización. Produce hemorragias pasivas secundarias, difíciles de contener.

Diabetes azucarada.—Todos están de acuerdo sobre la mala marcha de las heridas y sobre la gravedad de las operaciones en los diabéticos. El trabajo reparador es comunmente nulo, por lo menos muy lento y lleno de numerosos accidentes.

En las heridas abiertas se observan hemorragias primitivas en nata, difíciles de detener; después, hemorragias secundarias. En las heridas contusas: el flegmón difuso, bronceado, la esfacela extensa. Heridas insignificantes, piquetes, escoriaciones: se inflaman, producen linfangitis, flegmones, erisipela, que pronto se complican con gangrena en masa ó en placas aisladas, cuyo progreso se detiene muy difícilmente. Las pequeñas operaciones seguidas de reunión inmediata, han presentado comunmente semejantes complicaciones. La compresión aun moderada de un aparato ha producido la muerte circunscrita de la piel. Los huesos fracturados difícilmente se consolidan.

Alcoholodiabetes.—Determina accidentes análogos á los de la diabetes simple azucarada.

Fosfaturia.—Goza un papel importante en la fragilidad de los huesos, y las fracturas espontáneas sin lesión circunscrita anterior.

Durante el corto tiempo de mi práctica en el Hospital general del Estado he podido hacer las observaciones siguientes:

El 19 de Enero de 1886 entró al hospital á ocupar la cama número 4 de la sala de San Luis, Rafael C.... de veinte años de edad, enfermo de blenorragia

en su período agudo. A los seis días habían cedido los accidentes por un tratamiento diurético y antiflogístico. Este individuo tenia una fimosis congénita. El Sr. Dr. Leonardo Cardona, médico de esa sala, me encargó le operara, y el día 25 practiqué la circuncisión siguiendo el procedimiento de Montes de Oca. Al día siguiente encontré los bordes de la herida hinchados y sangrantes, muy dolorosos. Le curé por espacio de ocho días antisépticamente, lavando con solución de bicloruro de mercurio al milésimo, y aplicando como tópicos, gasa iodoformada con pasta alcanforada, algodón absorbente fenicado y papel Meads, todo sostenido por una venda. Esta curación en otros individuos ha producido siempre una cicatrización completa de la herida prepucial en el espacio de ocho á diez días. Aquí no obtuve con ella ningún resultado. Al noveno día después de la operación la herida supuraba no muy abundantemente, había yemas carnosas en cantidad considerable, pequeñas, descoloridas, acumuladas, sumamente dolorosas. Le dí varios días toques con nitrato de plata. Seguí curándole con todo escrúpulo, sin observar ninguna tendencia á la cicatrización, hasta el 1° de Marzo, día en que comenzó á aparecer un tejido duro, fibroso, en lugar de la cicatriz, en algunos puntos de la herida. Cansado ya, por tanto tiempo de curar sin éxito ninguno, pensé que algún estado general hiciera persistir los accidentes. En aquella época el escurrimiento uretral habia casi desaparecido. Pregunté al enfermo y me confesó que en un tiempo había tenido úlceras en la garganta á consecuencia de otra blenorragia que le duró

muy pocos días, y que no le produjo un gran escurrimiento por la uretra. Busqué en sus ingles y encontré pléyades ganglionares de los dos lados; en el cuello tenia también infartados é indolentes los ganglios, que se sentian deslizar bajo los dedos en el tejido celular: en la úvula una cicatriz, y otras dos en la faringe, por lo que sospeché que habría tenido un chancro duro uretral. Fué sometido á un tratamiento antisifilítico enérgico, é inmediatamente comenzó á detergerse la herida. Dilató un mes su curación completa porque los tejidos de neoformación que había en la herida, se destruyeron con mucha lentitud; pero no obstante, desde que estuvo saturado por el mercurio y el ioduro de potasio, se pudo observar la regresión de todos los accidentes, hasta que cicatrizó. El 1.° de Abril del mismo año salió del hospital.

El 3 de Enero de 1886 ingresó al hospital á ocupar la cama núm 42 de la sala de Palafox, Eduardo T.... de treinta y dos años, con una herida contusa en la cabeza, de uno y medio centímetros de longitud, de bordes casi netos, rectilínea, de dirección trasversal, situada en el occipucio á un centímetro á la derecha de la línea media. Interesó la piel cabelluda y el tejido celular. El Sr. Carlos López, practicante de aparato, le hizo la primera curación poniendo todos los medios para obtener la reunión inmediata de una herida tan insignificante, sin conseguir tal resultado, porque al quitar el apósito, á los dos días, se encontró en pleno estado de supuración. Se continuó la curación, y los días 6 y 7 del mismo mes tuvo el herido una ligera reacción febril. El pus se habia infil-

trado á una pequeña distancia, los bordes estaban despegados, hinchados, dolorosos, las yemas carnosas pequeñas decoloradas. Entonces tuve ocasión de ver al enfermo. Por espacio de un mes, desde ese momento acompañé al Sr. López á hacer las curaciones al herido. Como se trataba de un hombre robusto y aparentemente en estado de perfecta salud, no nos preocupó la influencia que pudiera tener un estado general sobre el proceso local, y solo procuramos usar de todos los medios conducentes á una cicatrización por agentes externos. Así, para cambiar el estado atónico de la herida, empleamos los toques con nitrato de plata, iodo, sulfato de cobre, fierro rojo; raspamos toda la superficie supurante con un bisturí. Usamos el éter iodoformado con objeto de desinfectar, el polvo de iodoformo y todas las diferentes piezas que constituyen la curación antiséptica de Lister; mas sin éxito ninguno. Entonces prescribimos un tratamiento interno tónico. Todo fué inútil: la supuración continuaba, los bordes siempre hinchados y dolorosos, como las cercanías de la herida, que daba diariamente un pus de buen aspecto, en cantidad casi igual. Examinamos al enfermo y hallamos los infartos en pléyade de las ingles característicos, así como los del cuello que atestiguaban la existencia anterior de una sífilis. Interrogado, dijo que hacía seis años habia tenido una úlcera en el cuello del glande, una roseola y ulceraciones en la lengua, pero que tales accidentes desaparecieron por las medicinas de que hizo uso, y durante cuatro años no habia vuelto á sufrir de nada semejante. Se le ordenó jarabe depurativo, que se prepara en

el hospital y tiene por base el mercurio y el ioduro de potasio el 9 de Febrero, después de treinta y tres días de estar en el hospital, y el día 15 del mismo fué dado de alta con su herida perfectamente cicatrizada.

Trinidad L.... de treinta y seis años, entró al hospital á la cama número 50 de la sala de Palafox, el 23 de Febrero de 1886, con una herida contusa en la cabeza, de dos centímetros de longitud, bordes irregulares, machacados, rectilínea, de dirección oblícua, situada á un centímetro de la eminencia parietal izquierda. Interesó la piel y el tejido celular. En la primera curación regularizamos los bordes y los unimos por dos puntos de sutura con catgut. Al descubrir la herida á los dos días habia cicatrizado, pero acusaba dolor á la presión y se podía sentir fluctuación. Desgarramos la cicatriz y escurrió una cantidad de pus bien ligado, no muy considerable. Había un despegamiento de los tegumentos en una extensión como de dos centímetros en todo el derredor de la herida. Hicimos dos incisiones para facilitar la salida del pus. Curamos con la antisepsis más perfecta hasta el 8 de Marzo, encontrando siempre lo mismo: una herida atónica, dando pus en cantidad igual todos los días; bordes y cercanías dolorosas, yemas carnosas pequeñas y descoloridas, tumefacción de los tegumentos á nivel de la solución de continuidad. Se trataba de un hombre de constitución fuerte que no acusaba ningún trastorno de su salud. Investigando, hallamos una cicatriz pequeña y retraida en el glande, cerca del meato, pléyade ganglionar inguinal, infartos en los ganglios epitrocleanos, submentonianos y de la nuca. Dijo

que hacía ocho años había padecido de reumas durante seis meses en todas las articulaciones; que la úlcera del miembro había durado muy poco tiempo sin cicatrizar, y que no recordaba ningún otro accidente; que llevaba siete años y medio de sentirse perfectamente sano. El 9 de Marzo, á los catorce días de estar curándose la herida, se le impuso su tratamiento antisifilítico: á los siete días salió, el 16 de Marzo de 1886, en perfecto estado de cicatrización.

Luz A..... de cuarenta y ocho años de edad, ocupó en el hospital la cama núm. 2 de la sala de San Carlos el 30 de Mayo de 1886; tenía una herida de dos centímetros de longitud situada sobre la arcada orbitaria izquierda externa, rectilínea, de dirección oblícua, bordes contundidos. Interesó la piel y el tejido celular. Fracasó la reunión inmediata, á los cuatro primeros días quitada que fué la tercera curación, se encontraron adheridos los bordes superficialmente. El pus se infiltró en el tejido celular del párpado superior. Se desgarró la cicatriz y se hizo salir el pus infiltrado. Durante seis días, del 6 al 12, tuvo su reacción febril que alcanzaba 39°5 durante la noche: se le prescribió acónito y quinina. No se observó ninguna modificación por la curación de Lister, la herida pálida, con yemas carnosas deprimidas no sangrantes, daba un pus mal ligado, seroso, no en gran cantidad; los bordes duros y despegados, dolorosos, como las cercanías. Confesó que estaba enferma de blenorragia. Tenía cicatrices de bubones en las dos ingles y pléyades ganglionares. No había infartos en el cuello. A los veintiún días de estar en el hospital se le

administró el tratamiento específico antisifilítico. A los siete días cicatrizó. El día 29 de Junio salió.

Pedro J.... de veintisiete años, ocupó la cama número 50 de la sala de Palafox el día 10 de Agosto de 1886, con una herida por arma de fuego en la región deltoidea, con pérdida de sustancia, en forma de acanaladura, rectilínea, de dirección oblícua, de cinco centímetros de longitud y ocho milímetros de ancho en toda su extensión, situada en el vértice del hombro derecho. Interesó la piel y el tejido celular. Se trataba de un hombre sano en apariencia y robusto. Se intentó acercar los bordes por medio de vendoletes de tela emplástica, curando, con tafetán adhesivo, algodón absorbente fenicado y papel Meads, sostenido todo por un vendaje de hombro; pero el herido se sentía muy molesto, y cada vez que se le curaba acusaba dolores por el contacto más leve. La herida completamente pálida con poco pus, y las yemas carnosas características de los sifilíticos, me hicieron recordar tal enfermedad, y hallé su pléyade ganglionar inguinal, cicatriz en una ingle, otra en el escroto cerca de la raíz del pene; el chorro de la orina en el momento de la evacuación de este líquido, deformado, como torcido, signo de un estrechamiento uretral. Dijo que hacía ocho años había padecido de un bubón, obstinándose en negar su origen venéreo, y no fué posible hacerle confesar ningún otro accidente. Llevaba doce días de curación antiséptica que no modificaba en nada la herida. Le impuse el tratamiento mixto, y á los seis días cicatrizó. Salió del hospital el día 28 de Agosto.

Rafael Ch.... Entró al hospital á ocupar la cama

núm. 5 de la sala de Homeopatía el día 1.° de Agosto de 1886, con una herida por arma de fuego situada en la región deltoidea del lado izquierdo. La abertura de entrada del proyectil en la parte anterior de la misma, á tres centímetros abajo y un poco afuera de la apófisis, coracoides, de bordes regulares, circular, de ocho milímetros de diámetro. La abertura de salida, ovalar, de bordes irregulares, de un centímetro en su mayor diámetro, situada en la parte externa de la región deltoidea. Hizo un sedal subcutáneo, oblícuo abajo y afuera de seis centímetros de longitud. Se le curó antisépticamente por espacio de diez y seis días, sin observar ninguna tendencia á la cicatrización, sino por lo contrario, la herida día con día daba la misma cantidad de pus y presentaba un aspecto descolorido, las yemas carnosas, pequeñas y pálidas, la herida dolorosa, como sus cercanías. He observado que las heridas en sedal subcutáneo en un individuo sano, tratadas por el método antiséptico, curan cuando más en el término de diez á doce días. Por esta consideración pensé en buscar la causa de la persistencia del proceso supurativo, y la atonía de la herida en su estado general. El herido era de constitución fuerte, de treinta años de edad, se observaba una acnea rosácea en la frente y parte de sus carrillos, una cicatriz de bubón en la ingle derecha, pléyades ganglionares, infartos en la nuca y cuello, así como en los ganglios de las axilas. Acusaba haber tenido hacía seis años una blenorragia que le duró un año y medio, después de la cual, no tuvo ningún otro accidente. El día 17 de Agosto se le ordenó un trata-

miento antisifilítico, y al siguiente desde luego empezó á disminuir la cantidad de pus. El día 25 del mismo salió del hospital con su herida cicatrizada.

Soledad E...... de cuarenta y cuatro años, entró al hospital el 16 de Octubre de 1885, á ocupar la cama núm. 7 de la sala de San Carlos, con una herida por arma de fuego en el pié izquierdo, de dirección oblícua de dentro á fuera. La abertura de entrada circular, de un centímetro de diámetro, en la cara dorsal del pié un poco atrás del nivel de la cabeza del 5. ᵒ metatarsiano. La abertura de salida sobre el borde externo, de forma ovalar irregular, bordes desgarrados de un centímetro y medio en su mayor diámetro. Fracturó incompletamente el 5. ᵒ metatarsiano, cerca de su cabeza. Se le curó antisépticamente la herida hasta el 31 de Octubre sin obtener ningún buen resultado. La supuración no disminuía, no se notaba ninguna tendencia á la cicatrización. El Sr. Dr. Leonardo Cardona, médico de esa sala, interrogó á la enferma, que dijo había tenido una úlcera en la vagina. En aquel momento padecía de una blenorragia. Encontró infartados en pléyade los ganglios inguinales, así como los cervicales y axilares. Creyendo con razón que la atonía de la herida y la persistencia del pus estarian sostenidas por tal enfermedad, le ordenó un tratamiento antisifilítico desde el día 1. ᵒ de Noviembre, mismo que tomó durante todo el tiempo que estuvo curándose en el hospital. Salió con la herida cicatrizada el día 2 de Enero de 1886. Hay que advertir que esta herida por su esencia misma en un individuo sano, habría dilatado para que se efectuara el

trabajo de reparación lo menos dos meses, por la fractura del metatarsiano que produjo una osteitis y un proceso muy lento de eliminación de los secuestros. Si esta mujer, influenciada por la sífilis, no hubiera sido sometida á un tratamiento general apropiado, habría supurado la herida indefinidamente. El buen efecto del tratamiento antisifilítico se pudo observar prontamente, porque se detergió la herida y cambió al poco tiempo su aspecto atónico, tendiendo siempre á la cicatrización.

Nicolás R..... de veintitres años, entró al hospital á ocupar la cama núm. 16 de la sala de Palafox, con una herida contusa en la cabeza, de dos centímetros de longitud, de bordes regulares, rectilínea, de dirección oblícua, situada á nivel de la bosa frontal izquierda. Interesó la piel y el tejido celular. En la primera curación traté de reunir los bordes lo mejor posible con objeto de conseguir la reunión inmediata, pero infructuosamente; al tercer día, descubierta la herida, estaba completamente pálida, los bordes hinchados, dolorosos y despegados, había una ligera infiltración de pus, siguiendo la dirección del ángulo inferior de la herida. Lavé con solución de bicloruro de mercurio al milésimo, y cuando estuvo perfectamente limpio, usé como tópicos, polvo de iodoformo, tafetán adhesivo del hospital, algodón absorbente fenicado y papel Meads, todo sostenido por un vendaje circular. Este mismo procedimiento empleé durante quince días. Heridas de semejante naturaleza en individuos perfectamente sanos, curan infaliblemente por el método antiséptico de Lister cuando mucho en el térmi-

no de ocho días. Me extrañó sobre manera la persistencia del proceso supurativo en dicho individuo. Interrogado, dijo: que á los doce años de edad, por un coito habia contraido tres ulceraciones que ocuparon la extremidad del prepucio, adonde se podía ver las cicatrices; que había tenido un bubón en la ingle derecha que nunca supuró; que se alivió completamente de tales accidentes y á los diez y ocho años, por la misma causa que anteriormente, contrajo una sola úlcera en el cuello del glande, adonde se veía igualmente una cicatriz pequeña y deprimida que desapareció muy pronto, y que después de haber cicatrizado, tuvo una periostitis de la tibia del lado derecho que supuró y fué necesaria una incisión para dar salida al pus; también existía allí la cicatriz. Como vemos no se podía dudar de la sífilis latente en este enfermo, aunque en la actualidad no acusara ningún accidente. Fué sometido á un tratamiento enérgico antisifilítico, é inmediatamente tomó la herida otro aspecto, se pudo observar una violenta tendencia á la cicatrización; de hecho, á los seis días fué dado de alta, el día 25 del mismo mes con una cicatriz consistente y perfecta.

Por las observaciones citadas podemos concluir, que la sífilis tiene una acción desfavorable sobre los traumatismos, puesto que, aun en ausencia de los signos que la revelaran en los individuos afectados, la rapidez verdaderamente notable con que ceden los accidentes de las heridas por el tratamiento antisifilítico, bastaría para demostar su existencia.

La prolongación del proceso supurativo, la atonía general de las heridas, la tendencia de la supuración á volverse estacionaria y la ausencia completa del trabajo de cicatrización, tales son los fenómenos que he podido notar en las lesiones traumáticas de los individuos sifilíticos que observé.

Prolongación del proceso supurativo.—La herida de un sifilítico, parece que fatalmente tiene que supurar. La reunión por primera intención fracasa constantemente, y cuando se consigue, es una adhesión muy superficial que pronto encubre un foco purulento. Destruida la adherencia, se encuentra la herida con su aspecto característico semejante al de las que reunen por segunda intención. La duración del proceso supurativo no tendría límite si no se sujetara al enfermo á un tratamiento apropiado. La cantidad de pus está en relación con la extensión de la herida, es mayor siempre que la dada por lesión idéntica en un individuo sano. Su calidad por lo general no parece que se modifica notablemente, presenta los caractéres del pus de buena naturaleza, aunque en algunos casos toma un aspecto del seroso y mal ligado. En las heridas de la cabeza, tiende á formar focos que despegan los tegumentos. La herida más insignificante puede volverse el origen de un proceso supurativo interminable.

Atonía.—A primera vista se observa una falta de vitalidad en los diversos elementos de la herida de un sifilítico. Los bordes despegados, hinchados y de un color azulado lívido, se endurecen con el tiempo, sin llegar á una consistencia callosa. Pueden volverse el

sitio de neoplasias diversas. No se gangrenan, parece que como todos los otros elementos, se nutren insuficientemente sin que nunca la mala calidad de los elementos nutritivos que reciben, ó la perturbación de la asimilación que allí tiene lugar por la influencia de la sífilis que modifica de cierta manera los tejidos, lleguen á producir su muerte.

La membrana granulosa formada por yemas pequeñas y deprimidas de un color blanco sucio, se destaca sobre un fondo ligeramente sonrosado. No son susceptibles de sangrar por la adhesión á ellas de los objetos de curación ni aun restregando suavemente con un lienzo ó esponja. La herida en todas sus partes está dolorosa, lo mismo que sus cercanías, su aspecto, en una palabra, es muy semejante al que presentan las heridas de los individuos anémicos.

Tendencia del proceso á estacionarse.—Si no se nota que disminuya nunca la cantidad de pus, tampoco que aumente de una manera considerable; más bien se observa una tendencia á producirse diariamente la misma cantidad, con tal de que se observe una curación antiséptica rigurosa.

Ausencia del trabajo de cicatrización.—Como puede preverse por lo anterior hay una ausencia completa del trabajo reparador, la falta de vitalidad de las yemas carnosas impide su aglutinación, ó que se forme la película cicatricial en su superficie.

Tratamiento. En toda lesión puramente traumática, independiente de cualquiera influencia de un es-

tado general, y dada una solución de continuidad, aparecen los fenómenos propios de las heridas, entre los que el proceso supurativo es el más interesante bajo el punto de vista terapéutico. En efecto, en la cantidad, la calidad y todos los caracteres físicos, químicos y microscópicos del pus, está sintetizado el cuadro clínico de las heridas. Sus diversas alteraciones, su acumulación y trasmisión por la sangre, resumen el origen de casi todos los accidentes consecutivos de las heridas. De aquí resulta que el tratamiento más eficaz de las heridas simples es el que combate directamente el proceso supurativo, fuente de donde nacen todas las más funestas complicaciones.

Destruir los gérmenes de la putrefacción en la herida y en sus cercanías, trasformar los productos de secreción de la herida en medios de cultura inhabitables para los gérmenes, volviéndolos así inputrescibles, impedir mecánica ó físicamente el acceso de dichos gérmenes á las heridas, tales son en resumen los medios de que se dispone con el método antiséptico de Lister para curar las heridas.

Los resultados de todos conocidos no dejan que desear y sin embargo, el método antiséptico, el tipo más perfecto del tratamiento de las heridas, es impotente para secar el pus de la lesión traumática de un sifilítico, es impotente para llevar á término el trabajo reparador. Si la formación del pus está íntimamente ligada con la penetración de micro-organismos en los productos secretados por las heridas, y el método antiséptico destruye tales gérmenes, ¿por qué persiste el proceso supurativo en la lesión traumática de un

sifilítico, no obstante la más perfecta antisepsis? O admitimos que puede haber pus sin micro-organismos entre sus elementos constitutivos, ó que los productos de secreción de las heridas de los sifilíticos, son medios de cultura habitables para los gérmenes piógenos, sobre los cuales, en semejantes condiciones no tiene ninguna acción el método antiséptico, ó por último que la sífilis cuente entre sus numerosas neoformaciones el pus.

Por los hechos recogidos en mis observaciones se ve claramente que la sífilis imprime un carácter especial á los traumatismos, durante su existencia muy larga ó indefinida en un individuo. Sabido es que la sífilis puede manifestarse y desaparecer muchas veces, ser alternativamente patente y latente. El sifilítico puede, durante años, gozar de una salud en apariencia perfecta. La sífilis puede, pues, ser reciente ó antigua, evidente ó enmascarada, cuando el traumatismo interviene; pero bajo cualquiera forma tiene influencia sobre él y en la mayor parte de los casos la herida tiene una evolución aparentemente natural: otras veces hemos visto que, aunque sin grandes modificaciones en el principio de su evolución, el trabajo reparador llega á estar más ó menos comprometido; otras, en fin, es evidente, perfectamente manifiesta su acción.

Se deduce de todo lo expuesto que observando los principios más racionales de la terapéutica, los que inducen á combatir las causas eficientes primitivas de cualquier trastorno de la salud, como único medio para obtener resultados más ó menos satisfactorios, se

deduce, digo, que en las lesiones traumáticas bajo la influencia de la sífilis, se debe combatir esta enfermedad que origina todos los accidentes.

En cuanto á la forma del tratamiento examinémosla brevemente. Un traumatismo en un sifilítico requiere el tratamiento local que se impondría á un individuo sano, pero esencialmente una medicación general antisifilítica sin la cual no se obtendrá ningún buen resultado. El ioduro de potasio y el mercurio son los agentes terapéuticos que hacen ceder infaliblemente y con una notable rapidez los accidentes.

Aquí me parece conveniente hacer alguna observación referente á las intervenciones quirúrgicas en los sifilíticos. El cirujano al intentar una operación cualquiera, debe atender ante todo á su resultado, y analizando los medios conducentes con que cuente para el mejor fin, pesar las probabilidades de éxito ó fracaso.

Independientemente de las operaciones de urgencia, en las que deberá adoptar un tratamiento antisifilítico tan pronto como sea posible, en las que se pueden demorar, si no tiene seguridad, cuando menos de un éxito inmediato, debe abstenerse por completo de intervenir. En otras circunstancias elegirá cuidadosamente el momento oportuno, la regla de *occasio præceps* presenta aquí el más alto interés. Un sifilítico no deberá ser operado cuando la enfermedad esté en pleno apogeo, si no se le quiere exponer á accidentes peligrosos. El momento oportuno será aquel

en que hayan desaparecido los accidentes ó en que casi se hayan extinguido por un tratamiento general apropiado. Se ahorrará la mayor cantidad de sangre posible; se evitará el dolor en los neuropáticos; se prevendrá tanto cuanto se pueda la fiebre traumática en aquellos que tengan afectadas las vísceras. En los individuos irritables no deben usarse los procedimientos de diéresis lentos y progresivos, porque el dolor los agota y exaspera. Pero el punto sobre que más se debe insistir es la necesidad de aplicar una medicación antisifilítica durante, después, y principalmente antes de la operación; tratamiento al cual se asocien la higiene, el régimen, los medios farmacéuticos antisifilíticos: tratamiento médico por excelencia destinado á combatir la enfermedad constitucional, como lo haría fuera de todo accidente quirúrgico. No solo se aumentarán con su ayuda las probabilidades de éxito operatorio inmediato, sino que se conseguirá comunmente prolongar de un modo indefinido los retornos de las manifestaciones. Podrá acontecer también que creyendo solo que los medios terapéuticos prepararán convenientemente al enfermo, se obtenga únicamente por el tratamiento médico una curación completa y menos onerosa que la que se esperara por el bisturí.

La influencia de la sífilis sobre los traumatismos, es, como hemos visto, una causa común de accidentes que tienen por último resultado prolongar la duración de las lesiones y por consiguiente la de la imposibilidad de trabajar á los individuos afectados. Co-

mo por esta razón se impone al reo una pena mayor ó menor cuando se trata de cierta clase de lesiones, me parece que cabe aquí alguna reflexión referente á la Medicina legal.

¿Es igualmente responsable, conforme al Código Penal, el heridor de un individuo sifilítico, que el de un individuo en estado de salud, exento de esa enfermedad?

Diré, desde luego, que las únicas lesiones que se relacionan con este punto son las que ni ponen ni pueden poner la vida en peligro, pues que estas son solo las que el Código castiga por el tiempo que dura el herido imposibilitado para trabajar. No ninguna otra clase, porque sabemos que la sífilis no influye de una manera inmediata y juntamente con la acción traumática, para imprimir á la lesión desde el principio el carácter de las que no ponen de hecho, pero pudieron poner la vida del ofendido en peligro, ó el de las que la pusieron evidentemente.

Veamos, ahora, lo que dice el Código en su artículo 527.

"Las lesiones que no pongan ni puedan poner en peligro la vida del ofendido, se castigarán con las penas siguientes:

"I. Con arresto de ocho días á dos meses y multa de veinte á cien pesos, con aquel solo ó solo con esta á juicio del juez, cuando no impidan trabajar más de quince días al ofendido, ni le causen una enfermedad que dure más de ese tiempo.

"II. Con la pena de dos meses de arresto á dos

años de prisión, cuando el impedimento ó la enfermedad pasen de quince días y sean temporales, etc."

Por otra parte, el art. 520 del mismo Código Penal, dice así:

"No se imputarán al autor de una lesión los daños que sobrevengan al que la recibe sino en los casos siguientes:

"I. Cuando provengan exclusiva y directamente de la lesión.

"II. Cuando aunque resulten de otra causa distinta, ésta sea desarrollada por la lesión, ó su efecto inmediato y necesario.

"Como consecuencia de esta regla, se observarán los artículos 545 y 546 en lo que sean aplicables á esta materia."

Los accidentes de la herida de un sifilítico no provienen exclusiva y directamente de la lesión, porque la misma lesión, fuera de toda influencia morbosa, tiene una evolución, una marcha y una terminación absolutamente distintas, como anteriormente lo hemos dicho; la causa que los determina es enteramente distinta, no es desarrollada por la lesión, ni efecto inmediato y necesario de ella; porque la sífilis, causa de los accidentes, existía con anterioridad á la lesión, en el individuo afectado; porque una lesión simple, la que nos ocupa, nunca podrá ser el origen de la sífilis; la sífilis jamás podrá ser tampoco, efecto inmediato y necesario de una lesión simple, porque el origen de esa enfermedad contagiosa, de todos es conocido; sabido es que necesita para desarrollarse la penetración

en el organismo, en la sangre de un principio específico virulento.

Ahora bien, si el reo sufre una pena proporcional al tiempo del impedimento para trabajar del ofendido, por causa que dependa exclusiva y directamente de la lesión ó distinta, pero siendo siempre su efecto inmediato y necesario, y si hemos probado que en un sifilítico no concurren tales requisitos legales, podemos concluir que se debe atenuar la pena del heridor de un sifilítico, conforme á los artículos 520, 527, 545 y 546.

Los artículos 545 y 546 precisan las condiciones en que se debe aplicar la pena al reo. Solo los menciono porque en ellos se encuentran los mismos requisitos para este caso, que los del art. 520 para apreciar la responsabilidad.

Acontece diariamente lo que sigue: Un herido, por causa de su estado constitucional sifilítico, dura en el hospital diez y ocho ó veinte días. La duración de la herida sin cicatrizar es absolutamente independiente de la lesión misma; la causa de tal dilación, enteramente extraña al traumatismo, no fué originada por él, semejante lesión en otro individuo sano curaría en seis ú ocho días. El reo está exento de responsabilidad por los daños que produce al ofendido esa prolongación del tiempo que dura la lesión; y sin embargo, en general al extender una esencia, se hace muy poco aprecio de la influencia de la sífilis. El juez no la toma en consideración y aplica al reo la pena que corresponde á una lesión que no puso ni pudo poner la vida del ofendido en peligro y que duró más de quin-

ce días cuando debiera aplicarle la de lesión que impide trabajar mucho menos de quince días, aunque haya durado más por la sífilis, causa distinta, anterior y absolutamente extraña á la lesión. ¿No merece tomarse en consideración este punto? ¿No cabe alguna ligera modificación en esta cuestión de Medicina legal?

Puebla, Setiembre de 1886.

Enrique M. Rueda.